

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE 848 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André HERMANN

né le 18 Janvier 1914, à Guéret (Creuse)

FIBROME PRAEVIA

ET

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

HERMANN ET C^{ie}, ÉDITEURS

6, RUE DE LA SORBONNE, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André HERMANN

né le 18 Janvier 1914, à Guéret (Creuse)

FIBROME PRAEVIA

ET

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

HERMANN ET C^{ie}, ÉDITEURS

6, RUE DE LA SORBONNE, 6

1939



LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)..... Pathologie médicale.
BERNARD (E.)..... Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)..... Hydrologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER..... Pathologie médicale.
COSTE..... Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.

DE GAUDART

D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
DE GENNES..... Pathologie médicale.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENAU..... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
JOANNON..... Hygiène.

MM.

LACOMME..... Obstétrique.
LANTUÉJOUL..... Obstétrique.
LAROCHE (G.)..... Pathologie médicale.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI..... Neurologie et psychiatrie.
MÉNÉGAUX..... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET..... Pathologie médicale.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET..... Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.

PIÉDELIÈVRE..... Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .. Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER..... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS..... Pathologie chirurgicale.
LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.. Parasitologie.
SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL..... Ob:étrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur JEANNIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ
MÉDECIN-CHEF DE LA CLINIQUE TARNIER

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A mon Maître

Monsieur le Professeur METZGER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ

MÉDECIN-CHEF DE LA MATERNITÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a donné le sujet de cette
thèse et dont j'ai pu profiter
du remarquable enseignement
comme interne provisoire dans
son service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de mon profond res-
pect et de ma gratitude.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

STAGES

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur RATHERY

Monsieur le Professeur CATHALA

EXTERNAT

Monsieur le Professeur MATHIEU

Monsieur le Docteur MARQUEZY

Monsieur le Docteur BERGERET

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Monsieur le Docteur DE GENNES

Monsieur le Docteur ALAJOUANINE

Monsieur le Docteur DESNOYERS

Monsieur le Professeur FEY

Au Docteur MARCELLE LADET

*A qui je dois mes premières
notions médicales.*

A mon Maître

Monsieur le Professeur agrégé WILMOTH

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

FIBROME PRAEVIA

ET

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

INTRODUCTION

Nous allons apporter ici l'observation curieuse, recueillie dans le service de M. le professeur METZGER, d'un énorme fibrome gravidique prævia qui n'a pas empêché l'accouchement spontané.

Elle présente de nombreux points remarquables que nous préciserons, et elle est en quelque sorte paradoxale par le peu de gravité qu'a eu en ce cas l'association d'un énorme fibrome prævia et d'une grossesse.

A l'occasion de cette observation nous envisagerons quelques-uns des problèmes posés par les fibromes gravidiques, et la conduite à tenir dans les diverses éventualités qui peuvent survenir.

Même dans le cas de notre malade, la conduite imposée par le fait des circonstances n'a pas été la conduite logique à observer dans de telles circonstances.

Cette malade a couru des risques graves, et si elle a évité les conséquences les plus redoutables qui pouvaient résulter de cette association, d'autres décisions auraient pu être prises à temps.

Et l'étude que nous ferons de l'association de fibromes et de grossesse ne pourra que souligner le caractère atypique de cette observation.



FIG. 1.

Pièce opératoire. — Le corps utérin *protrude*
domine un segment inférieur très aminci.
Le fibrome tend à accoucher par le col.



FIG. II.

Tête de l'enfant, très déformée, en toit.

OBSERVATION

M^{me} B..., trente-neuf ans, est amenée le 29 mars dernier, à 17 heures, dans le service de la Maternité avec un mot d'un médecin portant : « Accouchement dystocique ».

Cette malade a fait un avortement spontané à terme de cinq mois et demi en 1931, puis en 1933 elle a eu un accouchement normal à terme, avec naissance d'un garçon vivant pesant 3.750 grammes, actuellement bien portant. Au cours de la présente grossesse, elle signale être restée couchée vers le cinquième mois pour des douleurs avec œdème que le médecin considéra comme une phlébite ; il ordonna un séjour au lit d'environ six semaines.

Cette femme a des douleurs depuis 11 heures environ, et ce n'est que vers 17 heures qu'elle est conduite à la Maternité.

A l'arrivée, on est frappé par le volume exagéré de l'abdomen ; on note une masse abdominale déviée vers la gauche, divisée en deux portions, supérieure et inférieure, par une sorte d'étranglement. La contraction englobe les deux masses qui se séparent au moment de la pause. Au toucher vaginal, le col est effacé et dilaté comme un franc. On indique un volumineux œdème du col (?). Les membranes sont intactes. La présentation élevée est dans la

fosse iliaque gauche. L'assistant aussitôt alerté conseille de faire 2 centimètres cubes de morphine, en attendant son arrivée. Malgré l'injection, la femme éprouve le besoin de pousser au bout de vingt minutes et, en cinq minutes (17 h. 25), elle accouche spontanément en occipito-pubienne d'une fille vivante pesant 2.550 grammes. La délivrance pesant 360 grammes vient aussitôt après l'expulsion de l'enfant. L'accouchée va bien, ne saigne pas, poulx régulier, bien frappé, à 68.

A son arrivée (17 h. 45), l'assistant constate une tumeur remontant jusqu'à l'épigastre, constituée par deux masses superposées, séparées par une partie rétrécie; les deux masses se contractent. Au toucher le col est complètement fermé (?). On songerait presque à un deuxième fœtus, mais il est plus vraisemblable qu'il s'agit d'un fibrome prævia assez mou.

Cette malade est présentée le lendemain, à 11 heures, au professeur METZGER. Il fait les mêmes constatations de palper, mais le toucher donne une impression assez spéciale :

On ne trouve pas de col; il y a bien sur la tumeur qui descend dans le vagin une zone dépressible, mais pas d'orifice.

La femme est mise en position obstétricale et, par le toucher manuel, on reconnaît une tumeur assez molle qui descend dans le vagin. En faisant le tour de cette masse ronde, lisse et régulière, on reconnaît le col complètement effacé et dilaté par

la tumeur qui cherche à accoucher. La main introduite le long de la tumeur, qui siège à gauche sur le segment inférieur, arrive au niveau du pôle supérieur et perçoit au-dessus l'anneau de contraction qui le sépare du corps utérin ; la partie droite du segment inférieur est extrêmement mince.

Il serait tentant d'essayer d'énucléer le fibrome, mais il s'attache au segment inférieur par une très vaste surface ; le risque d'une déchirure est tel qu'on n'hésite pas à intervenir aussitôt par voie haute pour pratiquer une hystérectomie.

L'hystérectomie est très pénible du fait du volume et du poids de la tumeur.

Le vingtième jour, la mère et l'enfant quittent le service en bon état.

A l'examen de la pièce, dont la figure montre bien l'aspect et la forme, le corps utérin a encore le volume habituel, après un accouchement normal près du terme. Au-dessous on voit le segment inférieur énorme, extrêmement aminci et le col complètement dilaté, dans lequel le fibrome s'engage absolument comme une tête de fœtus à terme.

Notons dès maintenant certains points remarquables de cette observation :

— En premier lieu, le fait extraordinaire qu'avec un fibrome prævia de cette dimension, la tumeur pèse en effet 4 kgr. 400, la femme ait pu accoucher spontanément d'un fœtus au voisinage du terme. Sans aucun doute un chassé-croisé s'est produit

entre la tumeur et le fœtus. Au moment de l'arrivée de la femme, le fibrome appuyant sur un col très mou a été pris pour de l'œdème ; grâce à de fortes contractions, le fœtus a pu refouler en partie la tumeur et se faufiler entre elle et le bassin.

Il convient, en effet, de noter la forme de la tête de l'enfant, très caractéristique : absolument en pointe, en toit, la partie supérieure du crâne est extrêmement aplatie. Le lendemain, le diamètre bipariétal n'avait que 7^{em},5, le bitemporal seulement 7 centimètres, le sous-occipito-brægmaticque 9 centimètres, l'occipito-mentonnier 12 centimètres.

— Un deuxième point non moins extraordinaire est que malgré son extrême minceur, le segment inférieur ne se soit pas rompu ; ce qui est dû probablement à la rapidité de l'accouchement, l'expulsion n'ayant duré que cinq minutes.

— Enfin, si la mère et l'enfant ont quitté le service en bon état le vingtième jour, cet heureux résultat n'indique pourtant pas que la conduite suivie par le fait des circonstances ait été la meilleure. Cette malade a couru un risque considérable qu'une autre conduite décidée à temps lui eût évité.

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES FIBROMES GRAVIDIQUES

A propos de cette observation, nous allons envisager certaines conséquences de l'association d'un fibrome et d'une grossesse ; ces faits ne pourront que souligner le caractère paradoxal de l'absence de complication dans le cas envisagé.

Disons de suite cependant qu'il est fréquent de rencontrer un ou plusieurs fibromes sur un utérus gravide, mais que, comme ils ne sont le plus souvent nullement gênants, on n'y prête guère d'attention.

Un premier point essentiel est d'abord de poser le diagnostic et de reconnaître l'association. Rappelons en effet qu'une grossesse peut s'accompagner de pertes de sang et inversement qu'une tumeur utérine lisse et régulière, ni très dure ni très molle, peut ressembler à une grossesse, mais cependant à une grossesse qui saignerait.

Comme le montre bien cette observation, le fibrome qui ressemble le plus à une grossesse est celui qui se développe vers la cavité utérine en même temps qu'il fait grossir l'utérus, et même au cours de l'opération la confusion a pu se produire. Les tests biologiques présentent, dans ces cas, un intérêt majeur.

Le diagnostic d'association posé, il importe de ne pas effrayer la malade en lui prédisant des complications qui ont de grandes chances de ne pas survenir.

Le plus souvent, la grossesse évolue normalement et l'on n'a pas à intervenir. Et nous insistons sur l'intérêt de l'observation de cette malade à ce point de vue. Elle montre qu'il ne faut pas se hâter d'opérer pendant la grossesse des fibromes même énormes qui n'empêchent pas l'évolution jusqu'à terme, en dehors de toute complication.

Mais il est nécessaire de pouvoir surveiller l'apparition de complications possibles, et il faut savoir sur quels signes se baser pour agir à temps, mais par trop tôt.

De ces éléments de surveillance, l'augmentation de volume de l'utérus n'est presque jamais une indication. Les troubles de compression n'apparaissent guère que dans les grossesses compliquées de fibromes enclavés, avec ou sans rétroflexion. L'accroissement ultra-rapide, dans les formes dites galopantes de certains fibromes gravidiques, pouvant entraîner dyspnée et troubles cardiaques est tout à fait exceptionnel. Et bien souvent, les troubles accusés ne sont que des prétextes pour une femme qui ne tient pas à sa grossesse.

Il en est parfois de même pour des douleurs. Mais elles peuvent indiquer qu'il se prépare quelque chose d'anormal. Elles peuvent être spontanées ou

provoquées ; violentes, elles peuvent correspondre à une torsion et leur origine n'est pas toujours nette, pouvant poser un diagnostic avec les différentes coliques abdominales, appendicite, colique néphrétique, torsion de kyste, qui s'accompagnent également de réaction péritonéale.

On s'efforcera de localiser la douleur. Si l'on trouve un fibrome sessile, sensible, il n'est pas sûr qu'il soit urgent d'opérer : repos, glace, morphine peuvent faire céder les accidents. Mais si la température s'élève, de la céphalée apparaît, il faut opérer rapidement, car la tumeur qui se nécrose n'est peut-être plus aseptique et a même pu se rompre dans le péritoine.

Il est plus rare enfin que les difficultés résultent d'hémorragies, car les fibromes sous-muqueux sont, dit-on, une cause de stérilité. Mais le développement des fibromes gravidiques transforme parfois des tumeurs interstitielles en tumeurs sous-muqueuses, qui se comportent alors comme telles. Il est alors à peu près impossible de prédire si cette complication compromet la grossesse. Même avec des pertes abondantes, la grossesse peut continuer et l'enfant naître vivant. Il n'y a donc qu'à attendre en surveillant et l'expectative sera surtout de mise dans le dernier tiers de la grossesse. L'avortement en soi est d'ailleurs une complication sérieuse lorsqu'il existe des fibromes sous-muqueux et l'on doit faire l'impossible pour l'éviter avec ses complications de nécrose septique pouvant entraîner septi-

cémie et péritonite. En aucun cas il ne serait d'une bonne technique de le provoquer.

Tant d'hésitations dans la décision à prendre au cours de la grossesse résultent du fait qu'une fois le ventre ouvert, il y a de grandes probabilités que la grossesse soit sacrifiée.

Si le conseil de pratiquer une myomectomie est généralement donné, on convient toutefois qu'il faut se contenter d'enlever les fibromes les plus distants de la cavité utérine et les risques d'interruption de la grossesse restent importants.

Or il s'agit souvent d'une primipare âgée, et c'est la grossesse actuelle qui compte.

Et en somme, dans ces cas où on doit intervenir pendant la grossesse, deux cas doivent être distingués, suivant que l'on pense pouvoir conserver la grossesse ou non.

Dans le premier cas, c'est qu'il y a un seul fibrome que l'on peut enlever en conservant l'utérus, ou plusieurs, mais un seul malade, et on n'enlève que lui sans chercher à en atteindre d'autres même facilement énucléables. Cette opération minima doit être suivie de l'administration de doses importantes de morphine pendant quatre ou cinq jours pour éviter l'avortement. Cependant celui-ci peut se produire sans raison apparente, même huit ou quinze jours après, et la malade aura toujours été prévenue de cette éventualité.

Si au contraire on ne croit pas pouvoir conserver l'utérus sans délabrement sérieux et avec une inter-

vention d'ailleurs incomplète, il faut faire le maximum, une hystérectomie. L'opération conservatrice aurait ajouté aux risques habituels de l'avortement ceux inhérents à l'intervention.

En l'absence de ces interventions, un avortement ne comporte de risques plus sérieux que dans le cas d'un utérus normal que si le fibrome fait saillie dans la cavité utérine. Ici, plus encore que dans tout autre avortement, le toucher explorateur intra-utérin est indispensable et commande la conduite à tenir. Si parfois le nettoyage par voie basse suffit, dans d'autres cas où des fibromes sous-muqueux ont été retenus et surtout si le placenta adhère aux fibromes, l'hystérectomie est indiquée, avant que ne surviennent des accidents graves, hémorragiques immédiatement, ou plus tardivement infectieux.

A terme ou au voisinage du terme des complications diverses peuvent s'observer, et c'est ici que nous voulons insister sur l'importance de ces fibromes *prævia* qui sont à l'origine d'accidents redoutables.

Il est intéressant de rappeler d'abord les divers types de fibromes *prævia* qui peuvent être observés.

Il peut s'agir de fibromes pédiculés. Ce sont le plus souvent des fibromes vrais, d'aspect blanc nacré, où l'on voit des vaisseaux plus nombreux et plus volumineux qu'en dehors de la grossesse. Cependant leur ramollissement est peu marqué et nullement comparable à celui des myomes rouges. Souvent d'ailleurs, au palper de l'utérus, cette

consistance est masquée par l'existence d'une capsule épaisse et extrêmement molle.

Ces fibromes pédiculés peuvent devenir *prævia* par allongement de leur pédicule. En fait, ces fibromes pédiculés ne seraient pas les plus fréquents et il convient d'insister sur un autre type de ces fibromes gravidiques, les fibromes sessiles, qui se déplacent par allongement et glissement de leur capsule.

Ainsi les fibromes *prævia* que l'on considère en général comme développés sur le segment inférieur seraient souvent des fibromes ayant pour origine le corps utérin et déplacés par glissement. On connaît d'ailleurs la rareté des fibromes développés aux dépens de l'isthme. Ces fibromes *prævia* sont ainsi souvent des myomes et se ramollissent beaucoup plus que les fibromes pédiculés envisagés en premier lieu.

Ces fibromes *prævia*, outre les complications communes à tous les types de fibromes, sont particulièrement responsables à terme, ou au voisinage du terme, de certains accidents et, à côté des présentations vicieuses, de la mauvaise dilatation du col, de la rupture prématurée des membranes, de l'infection amniotique, ils font redouter au premier chef la rupture utérine avec ses conséquences redoutables, si souvent mortelle, enfin les complications de la délivrance bien plus graves à terme que dans l'avortement.

Ces graves complications sont suffisantes pour

convaincre qu'il n'est pas prudent de laisser une femme qui a de nombreux fibromes plus ou moins volumineux, et à *fortiori* un fibrome prævia, accoucher naturellement.

Toujours il faudra proposer la césarienne suivie d'hystérectomie.

Cependant s'il existe un fibrome prævia, si le glissement s'est fait très précocement, et si on est très sûr du diagnostic, on peut essayer la réduction. S'il est impossible de l'obtenir, il faut attendre et laisser évoluer la grossesse.

Dans tous les cas où la césarienne aura été décidée, l'enfant alors sera viable et si les fibromes sont multiples, après césarienne on fera l'hystérectomie.

Cependant beaucoup essayent encore, dans les fibromes prævia, l'épreuve du travail ; avec l'espoir qu'ils pourront alors repousser la tumeur ou qu'il se produira un chassé-croisé entre la présentation et le fibrome, comme dans le cas de notre malade. Cette technique est dangereuse, malgré l'exemple que nous en apportons. Si le fibrome n'est pas remonté spontanément ou par un refoulement facile vers le septième mois, il faut opérer avant ou dès le début du travail.

Un traumatisme sur ces fibromes est dangereux. L'opération dans les suites de couche, parce que des complications surviennent, sera plus grave. De plus, le fœtus peut mourir alors que le but pendant toute la grossesse aura été de le sauvegarder.

CONCLUSIONS

En conclusion, nous avons présenté l'observation d'une malade porteuse d'un énorme fibrome prævia.

— Cette observation est remarquable du fait que l'accouchement spontané a pu se produire, par un mécanisme rare dans le cas d'une tumeur d'un tel volume.

— Il est non moins remarquable que l'accouchement se soit produit sans complication, en particulier sans rupture du segment inférieur, ce qu'explique probablement la rapidité de l'accouchement.

— Cette observation est également intéressante car elle souligne qu'il ne faut pas se hâter d'opérer pendant la grossesse des fibromes, même énormes, qui n'empêchent pas l'évolution jusqu'à terme.

— La conduite à tenir dans un tel cas, pour éviter les accidents graves, semble donc être l'expectative jusque près du terme. La césarienne pratiquée à temps aurait évité à cette malade un risque considérable.

— Pendant toute la durée de sa grossesse, la malade doit être soumise à une surveillance attentive pour déceler une complication dès ses premiers

symptômes. En leur absence, on ne doit pas intervenir.

— Par contre, pendant le travail, des complications trop redoutables sont à craindre pour que tout ne soit mis en œuvre pour les prévenir.

— Il n'en reste pas moins que beaucoup de fibromes gravidiques sont sans conséquence.

Vu : le Président de la thèse,
JEANNIN.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX (SUCC. F), 11, BOUL. SAINT-MICHEL. — 3770-39
